

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA

DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA

**CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL
DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO
ALIMENTARIO, EN DEPORTISTAS FISICOCULTURISTAS DE LA
FEDERACIÓN ECUATORIANA DE FÍSICO CULTURISMO Y
LEVANTAMIENTO DE POTENCIA, EN EL PERÍODO DE JULIO A
SEPTIEMBRE DEL 2016.**

Elaborado por:

IBETH SALOMÉ LÓPEZ AGUIRRE

Quito, Marzo 2017

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con el propósito de determinar si los fisicoculturistas presentan conductas alimentarias de riesgo, asociadas a los trastornos de Conducta Alimentaria (TCA).

La muestra del estudio está conformada por 70 deportistas, distribuidos en 25 de sexo femenino y 45 de sexo masculino, con rango de edad comprendido entre 18 a 40 años, de la categoría de fisicoculturismo, que pertenecen a la Federación Ecuatoriana de Fisicoculturismo y Levantamiento de Potencia. Factores demográficos: edad y sexo.

Resultados alcanzados: del 39 % al 59% de los deportistas manifiesta algún nivel de riesgo asociado al desarrollo de TCA. El grupo etario que presenta mayor prevalencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR), o algún TCA se encuentra en el rango de 18 a 25 años.

Las conductas alimentarias de riesgo en los fisicoculturistas de sexo masculino que se presentan con mayor frecuencia son: conductas purgativas y control oral; mientras que en las mujeres las conductas compensatorias son las que más prevalecen.

Abstract

A descriptive cross-sectional study which aims to determine if bodybuilding athletes of Federación Ecuatoriana de Fisicoculturismo (FEFICULP) have risk of abnormal eating behaviors (AEB) associated to developing some kind of eating disorder (ED).

Demographic factors considered: age and sex of the participants.

The study sample are 70 athletes, distributed in 25 female and 45 male, of age included between 18 to 40 years; from bodybuilding category belong to Federación Ecuatoriana de Fisicoculturismo (FEFICULP).

The results achieved are: 39% to 59% of athletes showed some risk level associated with development of AED. The age group with higher prevalence of AEB or some ED, was of 18 to 25 years. The abnormal eating behaviors in men with greater frequency are: behaviors purgative and oral control; while women compensatory behaviors are more prevalent.

Dedicatoria

A mis padres.

A quienes admiro por su dedicación y perseverancia para alcanzar sus metas; son un pilar fundamental en mi vida, ya que con su apoyo y amor incondicional me motivan cada día a ser mejor. Les agradezco de manera infinita el haberme demostrado que, con constancia, determinación, disciplina y un poco de paciencia se puede conseguir todo lo que uno se propone.

A mi familia.

A mi abuelita Susana, a mi tío Anthony y a mi hermana Emilia, quienes estuvieron acompañándome durante la realización de esta tesis y me brindaron su amor y apoyo en todo momento.

Agradecimientos

Agradezco de todo corazón, a las personas que han participado de manera directa o indirecta en la realización de este trabajo.

A mi directora de tesis Verónica Espinosa, a mis lectores Álvaro Cepeda y Pablo López, quienes con paciencia, dedicación y sus amplios conocimientos, me han permitido que logre culminar con mi trabajo de investigación. Ha sido un privilegio poder contar con su guía y apoyo.

A la FEFICULP y sus deportistas, por haber colaborado con su participación activa en este estudio.

A mi familia, quien me dio fuerzas y motivo continuamente, tanto durante el desarrollo de mi carrera, como para realizar y finalizar de la mejor manera mi trabajo de investigación.

Índice de contenido

Resumen.....	ii
Abstract.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimientos.....	v
Índice de contenido	vi
Introducción	1
1. Capítulo I: Aspectos básicos de la investigación	2
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Justificación	5
1.3. Objetivos	7
Objetivo general	7
Objetivos Específicos	7
1.4. Metodología	8
Tipo de Estudio.	8
Universo y Muestra.....	8
Fuentes, Técnicas e Instrumentos.....	9
Recolección y Análisis de la información	10
2. Capítulo II: Marco teórico e hipótesis.....	11
2.1. Fisicoculturismo	11
2.1.1. Definición.....	11
2.1.2. Clasificación.....	11
2.2. Conductas alimentarias de riesgo en fisicoculturistas	11
2.2.1. Definición.....	11
2.2.2. Clasificación.....	12
2.3. Trastornos de la conducta alimentaria en fisicoculturistas.....	14
2.3.1. Definición.....	14
2.3.2. Clasificación.....	16

3. Capítulo III: Resultados y discusión.	22
3.1. Resultados	22
3.2. Discusión	31
4. Conclusiones	36
5. Recomendaciones	37
6. Bibliografía	38
7. Anexos	44

Lista de gráficos

Grafico 1. Distribución porcentual de fisicoculturistas que presentan algún tipo de riesgo asociado con el desarrollo de TCA, según su sexo.	22
Grafico 2. Distribución porcentual de fisicoculturistas, que presentan algún tipo de riesgo asociado con el posible desarrollo de TCA, según su edad.	23
Grafico 3. Porcentaje de deportistas que posiblemente presentan trastornos alimentarios, en relación al sexo (Según el cuestionario EAT 40).....	24
Grafico 4. Distribución porcentual de la posible presencia de Trastornos de conducta alimentaria, en relación a la edad de los fisicoculturistas. (Según el cuestionario EAT 40)	25
Grafico 5. Frecuencia (promedio) de conductas alimentarias de riesgo adquiridas, en relación al sexo de los fisicoculturistas.....	26
Grafico 6. Análisis de correspondencia de conductas alimentarias de riesgo adquiridas, en relación al nivel de riesgo de desarrollo de TCA y sexo de los fisicoculturistas.....	27
Grafico 7. Análisis de correspondencia de conductas alimentarias de riesgo adquiridas, en relación al nivel de riesgo de desarrollo de TCA y sexo de los fisicoculturistas.....	28
Grafico 8. Análisis de correspondencia de conductas alimentarias de riesgo adquiridas, en relación al nivel de riesgo de desarrollo de TCA y sexo de los fisicoculturistas.....	29
Grafico 9. Análisis de correspondencia de conductas alimentarias de riesgo adquiridas, en relación al nivel de riesgo de desarrollo de TCA y sexo de los fisicoculturistas.....	30

Lista de abreviaturas

COI: Comité Olímpico Internacional

WADA: World Anti Doping Agency

TCA: Trastornos de Conducta Alimentaria

CAR: Conductas Alimentarias de Riesgo

EAT 40: Eating Attitudes Test

CBCAR: Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de riesgo

AN: Anorexia Nerviosa

BN: Bulimia Nerviosa

FEFICULP: Federación Ecuatoriana de Físico Culturismo y Levantamiento de Potencia

Lista de anexos

Anexo 1 Consentimiento Informado

Anexo 2 Cuestionario EAT 40

Anexo 3 Codificación del cuestionario EAT 40

Anexo 4 Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo (CBCAR)

Introducción

Durante las últimas décadas se ha observado que la sociedad presenta mayor interés en mantener un buen estado de salud combinando el ejercicio y la adecuada ingesta saludable de alimentos.

Debemos entender que la Nutrición es un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes frente al consumo de alimentos, lo que implica que una dieta tiene que ser variada, adecuada y completa. Juega un papel fundamental en el rendimiento de los deportistas, porque con ella se abastece de los nutrientes y energía necesaria para el cuerpo logre un desempeño óptimo.

El problema radica cuando la persona se obsesiona y quiere lograr un estereotipo, sin tomar en consideración los daños que puede ocasionar a su cuerpo al practicar rutinas de ejercicios excesivas y mantener patrones extremos de alimentación, que lejos de contribuir a lograr su objetivo, recae en condiciones patológicas.

El presente trabajo se centrará en analizar si los deportistas que realizan la disciplina de fisicoculturismo, presentan conductas y hábitos alimentarios que generen algún tipo de riesgo, que se asocie con el posible desarrollo de trastornos de conducta alimentaria.

A través de varias investigaciones que tratan esta problemática, en combinación con los resultados obtenidos en este estudio, se podrá determinar en qué sexo y rangos de edad prevalece la aparición de los trastornos de conducta alimentaria.

Finalmente, se sugerirá estrategias que contribuyan a la prevención de prácticas erróneas tanto de alimentos, fármacos y actividad física, que atentan contra la salud de estos deportistas.

1. Capítulo I: Aspectos básicos de la investigación.

1.1. Planteamiento del problema.

Es de conocimiento general que practicar deporte de manera regular y controlada genera varios beneficios en una persona, tanto a nivel físico, psicológico, mental y social; así como se ha comprobado que el realizar deporte a temprana edad, crea hábitos saludables y favorece a mantener una actitud más positiva frente a la vida. Pero una vez que el deporte se ejerce de manera obsesiva y su objetivo es distinto al de mantener un estado de salud óptimo, este puede ser un factor en el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, favoreciendo la adopción de malos hábitos alimentarios, que incluso pueden desencadenar en Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), los cuales son considerados como una patología (Díaz & Ceballos, 2012).

Se ha determinado que, los deportes en donde mayor prevalencia existe el desarrollo de TCA son, aquellos en donde el cuerpo se convierte en el principal instrumento de trabajo, se pueden llamar también disciplinas de exhibición, entre ellos podemos encontrar el fisicoculturismo, la gimnasia, atletismo de pista y campo, natación, patinaje artístico; esto ocurre porque los parámetros de participación son estrictos y cuentan con pesos, medidas y un estado físico estándar, al que los deportistas se deben adaptar para poder mantenerse dentro de la competencia. (Salinas & Gómez, 2009)

Dentro de los factores de riesgo predisponentes para que un deportista desarrolle un trastorno alimentario se encuentran: el sentimiento de culpa, la baja autoestima, la elevada carga de entrenamiento, reglas del deporte (estandarización de peso), entorno deportivo, restricciones alimentarias, presión por parte del entrenador, factores socioculturales, perfeccionismo (Martínez Sanz, Urdampilleta, Micó, & Soriano, 2012), factores genéticos. Algunos estudios realizados a nivel familiar, sugieren que la vulnerabilidad de presentar AN o BN es de 7 a 20 veces mayor, en familiares femeninos de personas con TCA

(Herrera Araujo, Rascon Ramirez, & Sotello Avilés, 2010). Cabe recalcar que las conductas alimentarias de riesgo en deportistas, se presentan en gran parte porque no cuentan con asesoría nutricional adecuada (Alonso Alfonseca, 2006), esto se debe a qué entrenadores y gente que no está capacitada, brinda consejos sin fundamento científico ni académico, acerca de “cómo mejorar el rendimiento y el estado nutricional”; esto ocurre sobre todo en épocas de competencia, puesto que los deportistas realizan dietas desequilibradas (restrictivas, atracones) (Torstveit & Sundgot Borgen, 2010), consumen sustancias psicoactivas (suplementos alimentarios, complejos vitamínicos, esteroides anabolizantes, diuréticos, laxantes, enemas, quemadores de grasa, hormonas del crecimiento) (Compte, 2009); con el propósito de mejorar su rendimiento, condición física y modificar su peso e imagen corporal de manera acelerada. (Martínez Sanz et al., 2012)

Existen diferentes tipos de TCA y se caracterizan generalmente por tener una imagen corporal distorsionada, lo cual lleva a que el balance de consumo energético sea excesivo o deficiente; según estos aspectos podemos clasificarlos en: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastornos de Conducta Alimentaria no Especificados (vigorexia, ortorexia, permarexia). Se ha determinado que el 70% de deportistas de elite que realizan ejercicios en donde el peso corporal es un factor importante, presentan conductas alimentarias anormales previas a las competencias para modificar su peso (Torstveit & Sundgot Borgen, 2010).

Según un estudio realizado por (Castro López, Cachón Zagalaz, Molero López - Barajas, & Zagalas Sánchez, 2013) se determinó que la dismorfia muscular (Trastorno Dismórfico Corporal) se relaciona con el desarrollo de TCA exclusivamente en deportistas fisicoculturistas, debido a que es una patología en donde el deportista presenta un grado elevado de insatisfacción corporal, acompañado de una percepción errónea de su imagen, y persigue de manera obsesiva cambiar su aspecto físico. Este trastorno se ve con mayor

frecuencia en hombres que en mujeres; y algunos signos detectables son: preocupación excesiva por el peso, la apariencia física y sobre todo el tono muscular, por lo tanto se observa generalmente que usan y abusan de la ingesta de esteroides anabólicos (Choi, Pope, & Olivardia, 2016).

Es necesario mencionar que dentro de las conductas alimentarias de riesgo (CAR) en los deportistas, se encuentran: las conductas compensatorias (vómitos, purgas, ejercicio excesivo), que son básicamente métodos utilizados para compensar los atracones de comida (Guzmán Romero, 2011); otra CAR es el consumo de esteroides anabólicos, que básicamente son sustancias que generan la misma acción de la testosterona y participan en el desarrollo muscular. En los últimos años se ha visto incrementado el consumo de estas sustancias en países de Europa Occidental, EEUU y Brasil.

Mediante varias investigaciones se ha encontrado que el abuso de estos productos puede ser muy perjudicial para la salud; entre los efectos adversos que se pueden desarrollar están: retraso en el crecimiento, atrofia testicular, daño a nivel hepático y renal, depresión, ginecomastia, acné y conductas agresivas (Joubert & Mellowish, 2014).

1.2. Justificación.

Mediante esta investigación se pretende determinar, si los deportistas de la Federación Ecuatoriana de Fisicoculturismo presentan conductas alimentarias de riesgo, asociadas a la posibilidad de que se desarrollen Trastornos de Conducta Alimentaria a futuro, y se vea perjudicado tanto su estado de salud, como su rendimiento. Se desea conocer en qué grupo de población, en cuanto a edad y sexo se refiere, existe mayor prevalencia de prácticas alimentarias no saludables; como por ejemplo: dietas restrictivas y desequilibradas, consumo de sustancias psicoactivas (suplementos, esteroides anabólicos, quemadores de grasa, entre otros), práctica exagerada de actividad física con fines estéticos y más no por mantener un óptimo estado de salud.

Se considera que es de suma importancia, conocer que conductas alimentarias de riesgo se están presentando con mayor prevalencia; de esa manera se puede lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno; pero sería trascendental si se consigue implementar estrategias de prevención de TCA.

Una vez que han sido identificadas las conductas de riesgo y el origen o factores que las desencadenan, se verán beneficiados los deportistas, entrenadores y tal vez otros investigadores; puesto que existe mayor probabilidad de que en un futuro se implementen estrategias de prevención y educación, para que los deportistas mejoren su rendimiento y estado nutricional mediante una adecuada nutrición y correctos hábitos alimentarios.

Se encontró factible la realización de este estudio, pues no se invirtieron grandes recursos económicos; así como la accesibilidad a la Federación de fisicoculturismo y la colaboración que mostraron los deportistas al colaborar con este estudio, se puede calificar como muy satisfactoria.

Actualmente no existen muchos estudios realizados a los practicantes de esta disciplina, tanto a nivel local como internacional; lo cual se podría ver como un limitante, al no

disponer de suficiente información de referencia; pero también se podría percibir como un tema novedoso e innovador, del cual surja interés para realizar investigaciones futuras.

1.3. Objetivos

Objetivo general.

Determinar conductas alimentarias, que pueden influir en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, en los deportistas fisicoculturistas de la Federación Ecuatoriana de Físico Culturismo y Levantamiento de Potencia, en el período de julio a septiembre del 2016.

Objetivos Específicos.

- * Identificar la alteración del comportamiento alimentario de los deportistas fisicoculturistas de la Federación Ecuatoriana de Físico Culturismo y Levantamiento de Potencia.
- * Establecer cuáles son los posibles trastornos de conducta alimentaria que pueden desarrollar los deportistas fisicoculturistas de la Federación Ecuatoriana de Físico Culturismo y Levantamiento de Potencia.
- * Comparar las conductas y comportamientos alimentarios que mantienen los deportistas fisicoculturistas de la Federación Ecuatoriana de Físico Culturismo y Levantamiento de Potencia, con el posible desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

1.4. Metodología

Tipo de Estudio.

El tipo de estudio que se realizó es descriptivo, porque refiere las características de conducta y aspectos relevantes que presentan los deportistas con problemas de trastornos de la conducta alimentaria; es transversal debido a que se mide la prevalencia de la exposición en un cierto momento; es cuantitativa ya que se estudian las correlaciones de algunas variables mediante magnitudes numéricas a través de medidas estadísticas (media, promedio, chi cuadrado, análisis de correlación).

En el estudio se establecen características demográficas las cuales se refieren al grupo de población que será estudiado como: edad y género

Universo y Muestra.

El universo de la investigación está conformado por 120 deportistas fisicoculturistas de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 18 a 40 años, que pertenecen a la Federación Ecuatoriana de Fisicoculturismo.

Para realizar esta investigación se ha determinado una muestra de 92 personas, la cual representa un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%; sin embargo en el desarrollo del estudio, se logró contar con la colaboración de 70 deportistas fisicoculturistas, y no con las 92 personas que se esperaba en un inicio, debido a que no estaban presentes en la competencia donde fueron realizadas las encuestas. (En este caso el nivel de confianza generado es 72%).

Términos de inclusión

- * Tener entre 18 a 40 años de edad
- * Pertenecer a la categoría de físico culturismo (masculino o femenino)
- * Firma de consentimiento

Términos de exclusión

- * Incapacidad física o mental para responder la encuesta.

Fuentes, Técnicas e Instrumentos.

La técnica utilizada, es la aplicación de una encuesta dirigida a cada uno de los miembros comprendidos en la muestra del estudio.

Los instrumentos utilizados son:

- * Hoja de consentimiento informado, en donde el deportista acepta su participación voluntaria en el estudio, así como que se le realice los procedimientos necesarios.
- * El test Eating Attitudes Test (EAT 40). Es un cuestionario realizado por Garner y Garkinkel, en el año 1979; su objetivo es evaluar e identificar síntomas relacionados con: el miedo a engordar, la motivación para adelgazar, patrones alimentarios restrictivos. Por lo tanto se considera como un buen instrumento para validar casos de Anorexia y Bulimia (no discrimina), poseen alta confiabilidad y pueden ser aplicados en diversas culturas (Monterrosa-Castro & Boneu-Yépez Deiby, 2012).

Consta de 40 ítems, agrupados en 7 dominios, los cuales se distribuyen de la siguiente manera según lo que se va a evaluar: conductas bulímicas, imagen corporal y la tendencia a la delgadez, uso de sustancias como laxantes, inducción al vómito, prácticas de restrictivas, comer a escondidas y presión social por presentar exceso de peso (Monterrosa-Castro & Boneu-Yépez Deiby, 2012).

Se valora en una escala Likert de 6 puntos, las respuestas tienen la opción desde “nunca” hasta “siempre”; el rango de valoración es de 0 a 120 puntos, con un punto de corte de 30 (si obtiene este puntaje o mayor significa que la persona padece algún tipo de TCA) (Guzmán Romero, 2011).

- * El cuestionario breve de conductas alimentarias (CBCAR), elaborado por Claudia Unikel y colaboradores en el año 2004 consta de 10 ítems, los cuales se dividen para evaluar

en 3 factores específicos: medidas compensatorias, conductas purgativas y atracones (Chacón Quintero, Angelucci - Bastidas, & Quintero - Arjona, 2016) .

Se evalúa con una escala de tipo Likert de 4 puntos, los cuales van desde la opción nunca (0), a veces (1), con frecuencia (2 veces/semana) (2) y con mucha frecuencia (+ de 2 veces/semana) (3). Una vez calificados todos los ítems se suman, la puntuación mínima es 0 y la máxima es de 30 puntos, de acuerdo a la puntuación obtenida se considera: >10 puntos riesgo alto de TCA, de 7 A 10 puntos el riesgo de TCA es moderado (Saucedo-Molina & Unikel Santoncini, 2010).

Recolección y Análisis de la información.

El acopio de resultados de la investigación ha sido efectuado de la siguiente manera:

La información recopilada por los instrumentos de investigación utilizados (test EAT 40, Cuestionario CBCAR) se ha tabulado y procesado en el programa estadístico SPSS 19.0 (Statistics Trial Softwar). Una vez tabulados los datos, realizaron graficas que permitan interpretar de manera clara, dinámica y sencilla, los resultados obtenidos en base a los objetivos planteados inicialmente.

Finalmente, mediante los resultados obtenidos e interpretados, se procedió a verificar la hipótesis, y se estructuraron las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

2. Capítulo II: Marco teórico e hipótesis

2.1. Fisicoculturismo

2.1.1. Definición.

Los pioneros de esta disciplina son: E. Desbonnet en los años de 1865 – 1952; y Eugenio Sandow en el período de 1867 – 1925. El primero de ellos introdujo el uso de series y repeticiones a los ejercicios, inició la “gimnasia de órganos”; mientras que a Sandow se le atribuyen las poses plásticas.

El fisicoculturismo se dividió en dos ramas: la francesa, que estaba conformada por los médicos y su objetivo era el desarrollo integral del hombre; en cambio la americana, que estaba formada por halterófilos y su meta era el desarrollo de la musculatura. En la actualidad los deportistas que practican esta disciplina, lo hacen con el fin de incrementar y definir su musculatura; mediante el uso de grandes pesos, junto a una dieta estricta (Arbinaga Ibarzabal & Caracuel, 2015).

2.1.2. Clasificación.

Las modalidades que existen dentro de esta disciplina son:

Físico culturismo, físico culturismo olímpico, físico culturismo en pareja, fisicoculturismo femenino, culturismo clásico femenino, bikini fitness, Men's Athletic Physique, body fitness, fitness coreográfico masculino y femenino, fitness atlético. (Confederación Sudamericana de Físico Culturismo y Fitness, 2014).

2.2. Conductas alimentarias de riesgo en fisicoculturistas

2.2.1. Definición.

Se definen como modificaciones de los hábitos alimentarios de una persona, que pueden ser tan estrictos que incrementan el riesgo de morbilidad y en algunos casos hasta mortalidad de quien los padecen; generalmente se manifiestan de manera previa a la aparición de Trastornos de la Conducta Alimentaria, por lo cual es importante tratar de diagnosticarlos a

tiempo, para prevenir que las consecuencias sean mayores (Hunot, Vizmanos, Vázquez Garibay, & Celis, 2008).

Cabe resaltar que mantener una dieta restrictiva y un régimen severo durante largos períodos de tiempo, es un componente imprescindible para que se precipite la aparición de un TCA; sin embargo los deportistas practican también otro tipo de conductas patógenas para mantener o alcanzar un peso deseado.

Estos métodos están controlados por algunas autoridades deportivas como son: COI, WADA, Comités Olímpicos nacionales e internacionales y Federaciones, debido a que son peligrosos para la salud y también porque dificultan la realización de pruebas de dopaje en las competiciones; como es el caso de los diuréticos, que enmascaran las sustancias dopantes en la orina (Alonso Alfonseca, 2006).

El comité olímpico de los Estados Unidos en 1998, publicó en cifras la prevalencia del uso de algunos de estos métodos. En los deportes relacionados a categorías de peso: el ayuno lo practican el 52% de deportistas, uso de ropa de plástico el 73%, acudían al sauna el 63%, consumo de laxantes el 15%, diuréticos y vomito inducido el 13%. Mientras que en los deportes de estética: el 17% utilizaba píldoras adelgazantes y el 20% se provocaba vómito (Alonso Alfonseca, 2006).

2.2.2. Clasificación

Comer compulsivamente y en grandes cantidades (atracon).- es una condición que se caracteriza por ingerir de manera descontrolada, la cual resulta en el aumento de peso. La ingestión de comida va más allá de sentirse satisfecho, pero el individuo no puede controlar la manera de comer, por lo cual se considera como una condición patológica.

Se observa que esta situación está relacionada a una combinación de factores psicológicos, biológicos y medioambientales.

Generalmente las personas que presentan atracones de comida, han tenido un historial de depresión, problemas de ansiedad y falta de control en situaciones de estrés (Cleveland Clinic, 2006). A pesar de que los atracones pueden realizarse con comida variada, generalmente se caracterizan por ser ingestas excesivas de alimentos altamente calóricos y ricos en azúcar (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005).

Se estima que el 2% de la población de adultos americanos se ve afectado por este trastorno. A su vez se evidencia que del 10 al 15% de pacientes con obesidad moderada, que acuden a programas especializados para perder peso lo padecen, y que en gente con obesidad severa la prevalencia aumenta considerablemente (Cleveland Clinic, 2006).

Consumo de sustancias psicoactivas.- esta conducta se presenta con mayor prevalencia en personas que padecen vigorexia, ya que tienen una percepción corporal errada (dismorfia corporal) el consumo de estas sustancias se consideran como legales o ilegales dependiendo de cuál sea. Las sustancias psicoactivas se agrupan en: suplementos, multivitamínicos, laxantes, diuréticos, quemadores de grasa, esteroides anabólicos, hormonas de crecimiento humano (Compte, 2009). En el caso de los fisicoculturistas, se ha observado un consumo elevado de sustancias que ayudan a incrementar el volumen de masa muscular y que reducen el porcentaje de masa grasa (Alonso Alfonseca, 2006).

Conductas compensatorias.- se dan generalmente en personas que presentan bulimia, con el fin de evitar la ganancia de peso. Se dividen en conductas purgatorias y no purgatorias; dentro de las conductas purgatorias encontramos: vómito inducido, ingestión de laxantes y diuréticos, uso de enemas. Por otro lado se consideran como conductas no purgativas: el ayuno, la práctica de ejercicio intenso e incluso se ha observado que algunos individuos ingieren hormonas tiroideas, con el propósito de acelerar su metabolismo y no ganar peso (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005).

Patrones alimentarios restrictivos.- son conductas caracterizadas principalmente por la prohibición de ciertos alimentos en el consumo de la dieta habitual, disminuir la cantidad de las comidas, realizar dietas muy severas; también se presentan rituales obsesivos al momento de comer, tales como: desmenuzar la comida, picar en pedazos muy pequeños, contar las calorías de cada uno de los alimentos de las preparaciones. Generalmente se presentan en patologías asociadas a la anorexia y bulimia (Guzmán Romero, 2011). Las consecuencias que puede desencadenar esta conducta, son anemias severas y déficit de micronutrientes y macronutrientes, que impidan un desempeño diario adecuado.

En un estudio realizado por Dosil y Rodríguez en el 2001, los resultados indican que en el culturismo el 50% de los deportistas practican la restricción calórica como una medida para perder peso (Alonso Alfonseca, 2006).

2.3. Trastornos de la conducta alimentaria en fisicoculturistas

2.3.1. Definición.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria son trastornos mentales, en donde se presentan un conjunto de comportamientos patológicos (conductas de riesgo), signos y síntomas relacionados a la ingesta de alimentos y un control obsesivo por el peso corporal. Están asociados a factores psicológicos, sociales, culturales y biológicos; por lo tanto se determina que es una enfermedad multifactorial (Muzquin, 2011).

En 1998, el Comité Olímpico Americano realizó una clasificación de los deportes según el nivel de riesgo de desarrollo de TCA.

En primer lugar se encuentran los deportes de estética, en los cuales se exigen cuerpos esbeltos y delgados, aparte de ser un parámetro puntuable; en esta modalidad se encuentran: la gimnasia rítmica y artística, el patinaje artístico, la natación sincronizada, la danza y el ballet.

Dentro del segundo grupo se encuentra: el judo, boxeo, karate, remo, taekwondo, la lucha; los cuales son deportes de categoría de pesos, en donde el peso condiciona en que categoría compite cada deportista.

El tercer grupo se encuentra constituido por los deportes de gimnasio como es: el culturismo, aerobio y fitness, en donde se trabaja de forma mayoritaria el desarrollo de la masa muscular y se asocia generalmente a la pérdida de grasa corporal.

En última instancia encontramos los deportes de resistencia y de reclamo sexual, los cuales se caracterizan por la exigencia total de resistencia física, para lo cual el deportista debe mantener un cuerpo delgado y de esta manera poder rendir al máximo; algunos ejemplos de estos deportes son: el fondo de atletismo, ciclismo en carrera de grandes rutas, natación de larga distancia y vóley de playa femenino (Alonso, 2006).

Uno de los test que permite determinar la existencia de TCA y que será utilizado en esta investigación es: el Eating Attitudes Test (EAT 40), realizado por Garner y Garfinkel en el año 1979; su objetivo es evaluar e identificar síntomas relacionados con: el miedo a engordar, la motivación para adelgazar, patrones alimentarios restrictivos. Por lo tanto se considera como un buen instrumento para validar casos de Anorexia y Bulimia (no discrimina), que poseen alta confiabilidad y pueden ser aplicados en diversas culturas (Monterrosa-Castro & Boneu-Yépez Deiby, 2012).

Consta de 40 ítems, agrupados en 7 dominios, los cuales se distribuyen de la siguiente manera según lo que van a evaluar: conductas bulímicas, imagen corporal y la tendencia a la delgadez, uso de sustancias como laxantes, inducción al vómito, prácticas de restrictivas, comer a escondidas y presión social por presentar exceso de peso (Monterrosa-Castro & Boneu-Yépez Deiby, 2012). Se valora en una escala Likert de 6 puntos, las respuestas tienen la opción desde “nunca” hasta “siempre”; el rango de valoración es de 0 a 120 puntos, con un

punto de corte de 30 (si obtiene este puntaje o mayor significa que la persona padece algún tipo de TCA) (Guzmán Romero, 2011).

2.3.2. Clasificación

Anorexia.- es un trastorno dismórfico ya que la persona que lo padece tiene una percepción errónea de su imagen corporal; se caracteriza principalmente por el miedo intenso a subir de peso; por lo tanto el controlar el peso se convierte en una obsesión y llegan a presentar emaciación. La alimentación es restringida al extremo, el ejercicio físico es intenso y excesivo, pueden optar por el consumo de laxantes, diuréticos y generalmente se inducen el vómito (Gt, 2011).

Una revisión bibliografía realizada en Argentina, cuyo objetivo es ofrecer a la población información actualizada sobre esta patología, estima que en las últimas décadas la incidencia de anorexia ha ido en aumento en la población pre púber, adolescente y adultez temprana; se cataloga como la primera causa de mortalidad no traumática en este grupo etario.

Los pacientes con este trastorno representan del 1 al 2% del total de la población (Staudt, Rojo Arbelo, & Ojeda, 2006). La población más propensa a desarrollar anorexia está conformada por: deportistas, atletas de elite, modelos y algunas personas con antecedentes de abuso sexual, depresión, obesidad infantil o que tengan familiares que han padecido TCA (Staudt et al., 2006).

Bulimia.- a diferencia de la anorexia, la bulimia se caracteriza por episodios frecuentes de ingesta de grandes cantidades de comida, lo que provoca en la persona una sensación de culpabilidad y la lleva a inducir vómitos, a consumir laxantes y diuréticos, realizar ayunos por determinado período de tiempo, o un conjunto de todas estas acciones. También se evidencia el miedo excesivo a engordar y sienten insatisfacción corporal (Gt, 2011).

La diferencia más notable con la anorexia nerviosa, es que los pacientes son capaces de mantener su peso por encima de un nivel normal mínimo (Asociación Estadounidense de

Psiquiatría, 2005). Para poder establecer un diagnóstico de bulimia, el paciente debe practicar conductas compensatorias o atracones, por lo menos de dos a tres veces por semana en el lapso de 3 meses (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005).

Algunas características propias de la enfermedad son: menstruaciones irregulares en la mujeres, depresión, aislamiento, manos lesionadas por provocarse vomito.

Ortorexia.- “proviene del griego ortho (justo, recto); orexia (apetencia); quiere decir apetito justo o correcto”. Se define como la obsesión por la alimentación sana, en un caso extremado se considera hasta patológico. Las personas que desarrollan esta patología llegan incluso a suprimir de manera permanente la grasa, la carne, productos que contienen transgénicos y varios grupos alimenticios (Muñoz Sánchez & Martínez Moreno, 2007).

El grupo más vulnerable a presentar esta conducta son las mujeres, los adolescentes y deportistas que se dedican al fisicoculturismo, atletismo y la danza (Jerez F, Lagos H, Valdés-Badilla, Pacheco P, & Pérez C, 2015). Algunos factores desencadenantes de que se produzca este trastorno son: la persona desea tener un control de todo lo que compete a su vida, una falsa ilusión de seguridad (mantienen la creencia de que una dieta sana puede prevenir todo tipo de enfermedades), pretenden encontrar la espiritualidad por medio de una alimentación natural (Velazquez Canales & Canales García, n.d.).

Vigorexia.- Se llama también anorexia inversa o complejo de Adonis, es un trastorno en donde una persona tiene una percepción alterada de su imagen corporal, se ven pequeños y delgados, cuando en realidad son personas grandes y musculosas. El principal objetivo es desarrollar mayor cantidad de masa muscular y reducir en lo posible la masa grasa. Su dieta es estricta y siempre esta suplementada con productos de proteína, hormonas (esteroides anabólicos) y quemadores de grasa (Muñoz Sánchez & Martínez Moreno, 2007).

Generalmente esta patología tiene mayor probabilidad de presentarse en los fisicoculturistas que en deportistas de otras disciplinas; ya que mantienen una obsesión

continúa por alcanzar un cuerpo más definido, grande, fuerte y simétrico (Castro-López, Molero, Cachón-Zagalaz, & Zagalaz-Sánchez, 2014).

Los síntomas frecuentes de esta patología son: pesarse continuamente, aislamiento social, se miran en el espejo varias veces al día para observar los logros alcanzados, pasan varias horas en el gimnasio y lo convierten en prioridad (Velazquez Canales & Canales García, n.d.).

2.4. Sexo

2.4.1. Definición.

La Real Academia de la Lengua Española define como las características biológicas y fisiológicas con las que nace una persona y que no se puede elegir. Se distinguen mujeres y varones o machos y hembras (Marcuello & Elostegui, n.d.)

2.5. Hipótesis.

Las alteraciones de comportamiento alimentario, se presentan con mayor prevalencia en mujeres fisicoculturistas, que en los fisicoculturistas hombres.

2.6. Operacionalización de variables

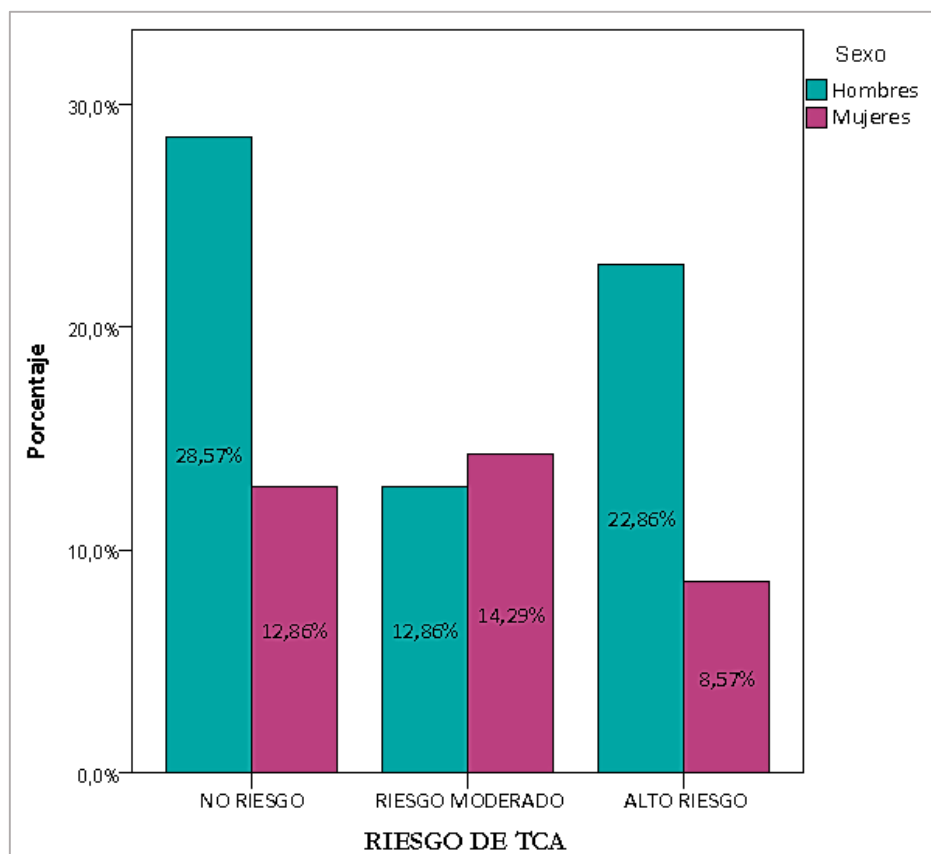
Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicador
Conductas alimentarias de riesgo	Patrón distorsionado del consumo de alimentos, practicas llevadas a cabo con el fin de mantener el control de peso y / o imagen deseados.	Consumo de sustancias psicoactivas (Conductas purgativas) Prácticas alimentarias restrictivas (Dieta) Falta de autocontrol al momento de comer (Control oral) Conductas compensatorias	Comportamiento relacionado a la alimentación y nutrición	% de deportistas que presentan conductas purgativas % de deportistas que mantienen practicas alimentarias restrictivas % de deportistas que presentan problemas de autocontrol al comer % de deportistas que presentan conductas compensatorias
Trastornos de conducta. alimentaria	Enfermedades mentales que afectan al cuerpo de las personas. Se caracterizan principalmente por la gran insatisfacción corporal que sufre el individuo, el cual tienen	Anorexia Bulimia Trastornos de conducta alimentaria no especificados	Problemas psicológicos en donde una persona tiene una idea distorsionada de su imagen corporal la cual la lleva a tener un régimen dietético estricto	% de deportistas con TCA

	pensamientos distorsionados por lo que respecta a la comida y su cuerpo.			
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Masculino Femenino	Distinción entre hombres y mujeres	% hombres % mujeres
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	18 – 25 26 – 30 31 – 35 36 – 40	Tiempo de vida de una persona	# de deportistas de 18 – 25 años # de deportistas de 26 – 30 años # de deportistas de 31 – 35 años # de deportistas de 36 – 40 años

3. Capítulo III: Resultados y discusión.

3.1. Resultados

Grafico 1. Distribución porcentual de fisicoculturistas que practican conductas alimentarias inadecuadas, que se asocian con algún nivel de riesgo para el desarrollo de TCA, según su sexo.

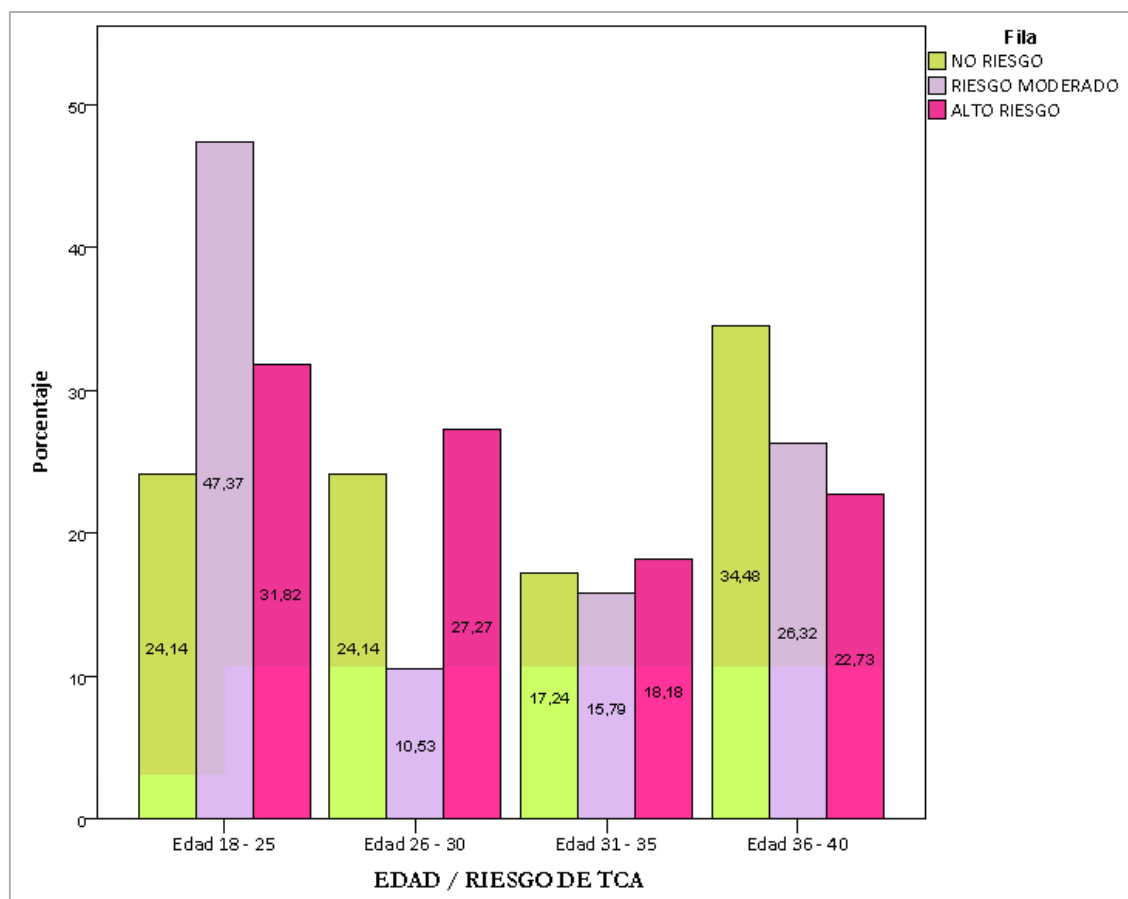


Fuente: Cuestionario CBCAR realizado a deportistas fisicoculturistas de la FEFICULP, 2016

Elaborado por: Ibeth López Aguirre

Dentro de los deportistas que presentan riesgo de manifestar TCA, el grupo más vulnerable corresponde al sexo masculino.

Grafico 2. Distribución porcentual de fisicoculturistas, que practican conductas alimentarias que se asocian con el posible desarrollo de TCA, según su edad.

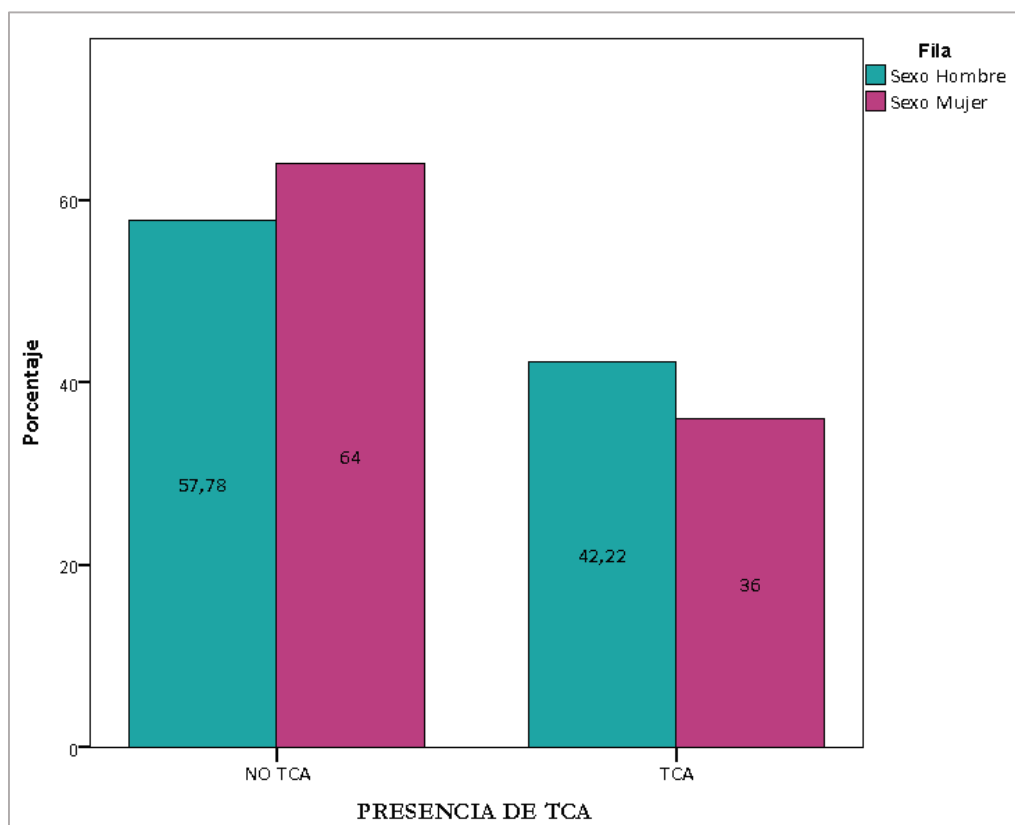


Fuente: Cuestionario CBCAR realizado a deportistas fisicoculturistas de la FEFICULP, 2016

Elaborado por: Ibeth López Aguirre

En este estudio se evidenció que, los deportistas de menor edad son quienes presentan mayor riesgo de desarrollar TCA.

Grafico 3. Distribución porcentual de deportistas según cuestionario EAT 40, que podrían presentar trastornos alimentarios, en relación al sexo.

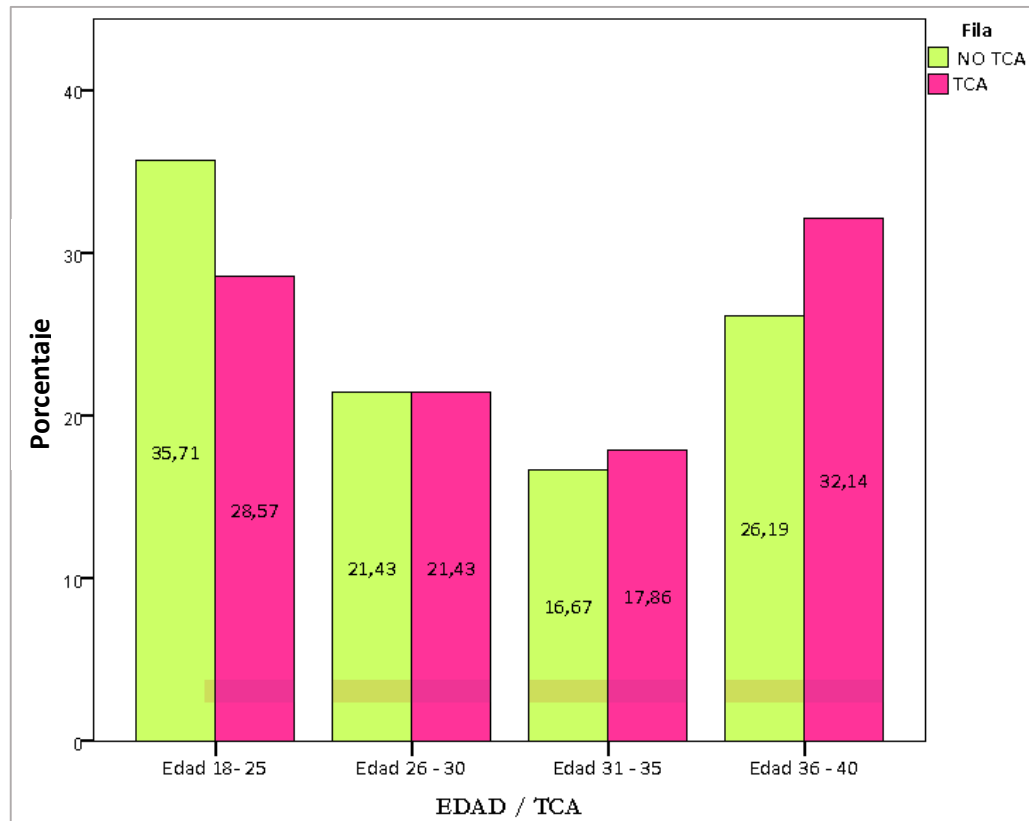


Fuente: Cuestionario EAT 40 realizado a deportistas fisicoculturistas de la FEFICULP, 2016

Elaborado por: Ibeth López Aguirre

En cuanto al análisis de TCA relacionado al sexo de los participantes, se evidenció que, existe mayor prevalencia de TCA en los hombres que en las mujeres.

Grafico 4. Distribución porcentual de la posible presencia de Trastornos de conducta alimentaria, en relación a la edad de los fisicoculturistas. (EAT 40)

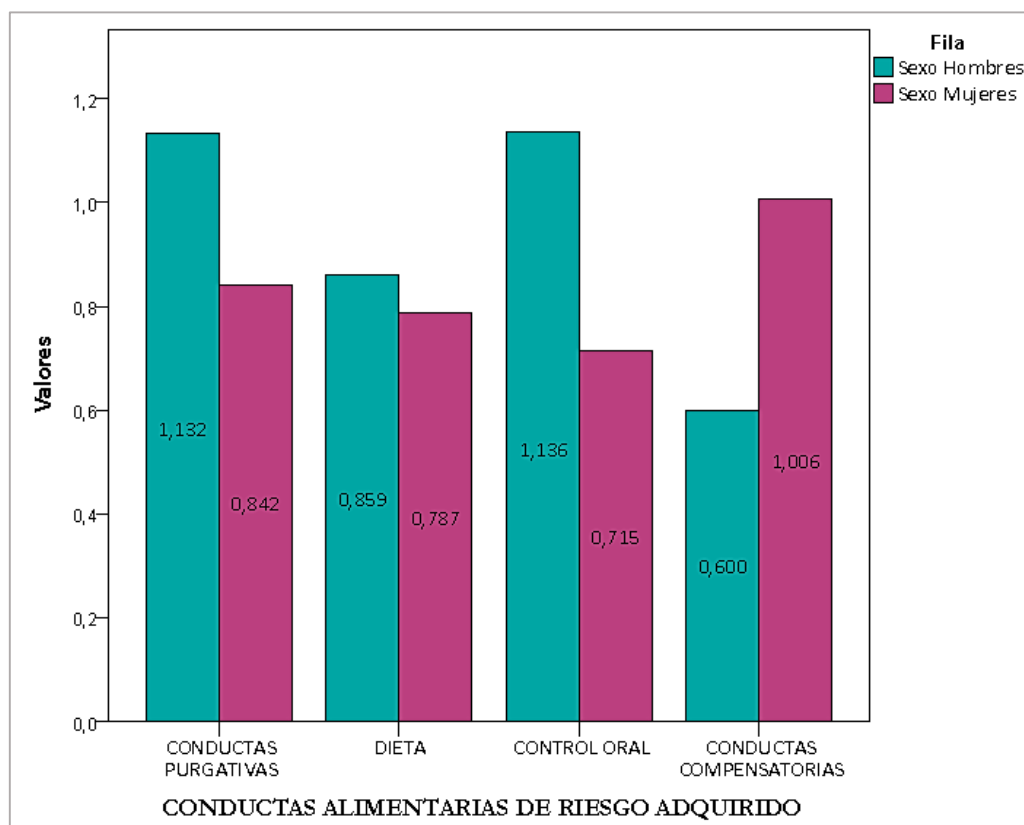


Fuente: Cuestionario EAT 40 realizado a deportistas fisicoculturistas de la FEFICULP, 2016

Elaborado por: Ibeth López Aguirre

Se observó que en los deportistas de las categorías de menor y mayor edad, se presenta mayor incidencia de TCA, más no en los de edad intermedia.

Grafico 5. Frecuencia (promedio) de conductas alimentarias de riesgo adquiridas, en los fisicoculturistas

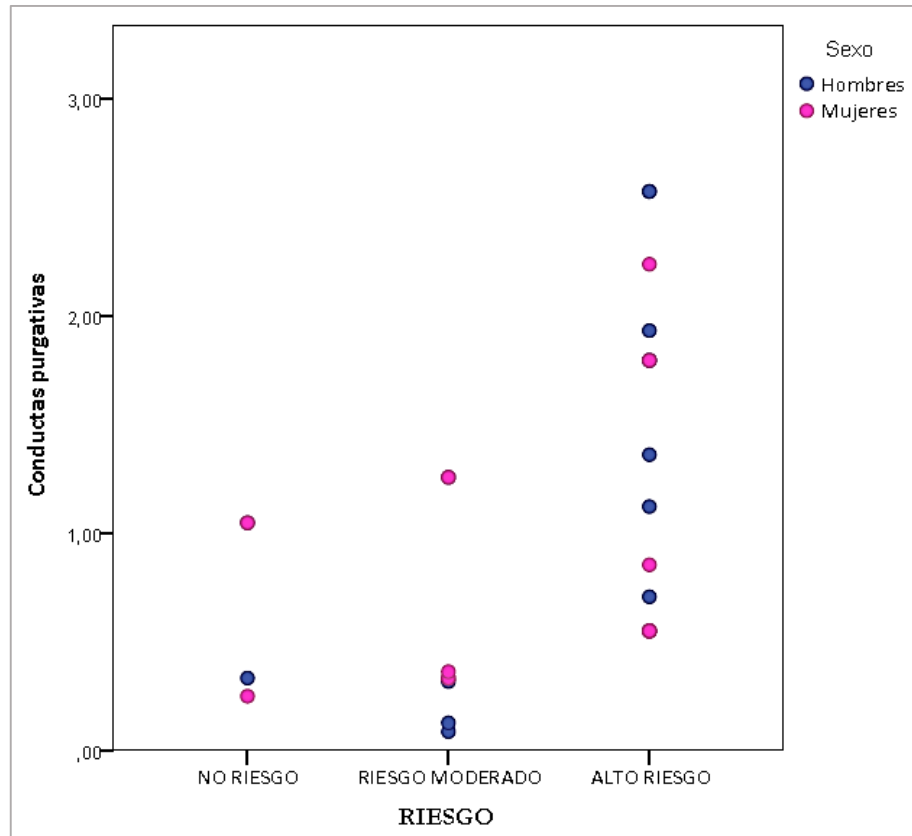


Fuente: Cuestionario CBCAR realizado a deportistas fisicoculturistas de la FEFICULP, 2016

Elaborado por: Ibeth López Aguirre

En promedio, las conductas alimentarias de riesgo que se practican con más frecuencia en los hombres son: de control oral y conductas purgativas; mientras que en las mujeres el escenario es diferente, puesto que se evidencia que las conductas compensatorias prevalecen.

Grafico 6. Análisis de correspondencia de conductas alimentarias de riesgo adquiridas, en relación al nivel de riesgo de desarrollo de TCA y sexo de los fisicoculturistas.

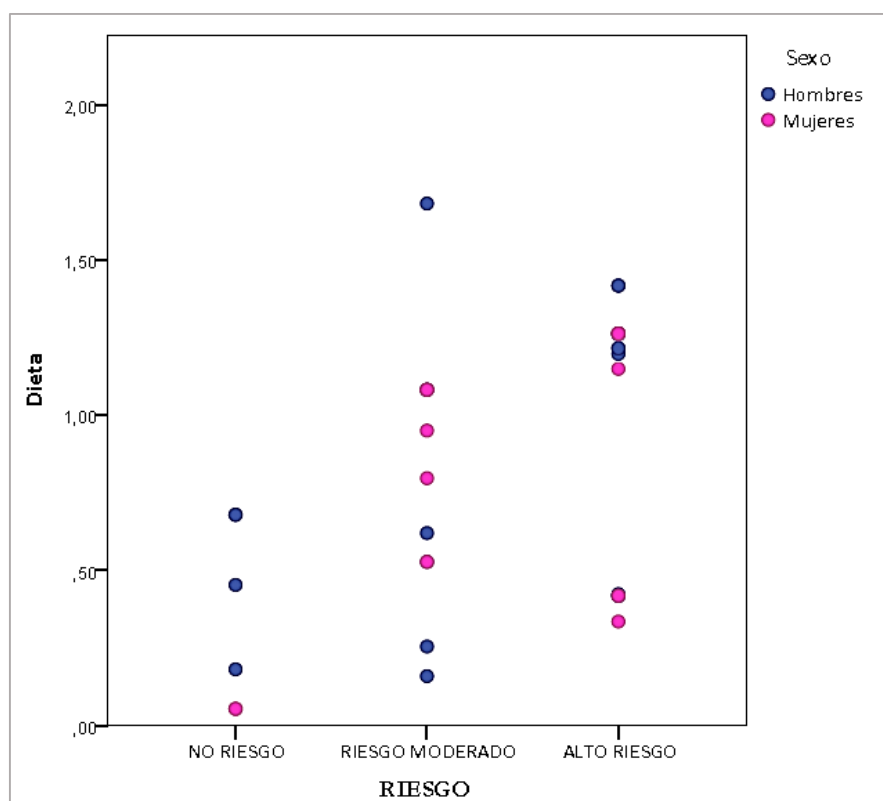


Fuente: Cuestionario CBCAR realizado a deportistas fisicoculturistas de la FEFICULP, 2016

Elaborado por: Ibeth López Aguirre

Se determinó que, el riesgo de presentar TCA asociado a la práctica de conductas purgativas, se presenta en su mayoría en los deportistas de sexo masculino.

Grafico 7. Análisis de correspondencia de conductas alimentarias de riesgo adquiridas, en relación al nivel de riesgo de desarrollo de TCA y sexo de los fisicoculturistas.

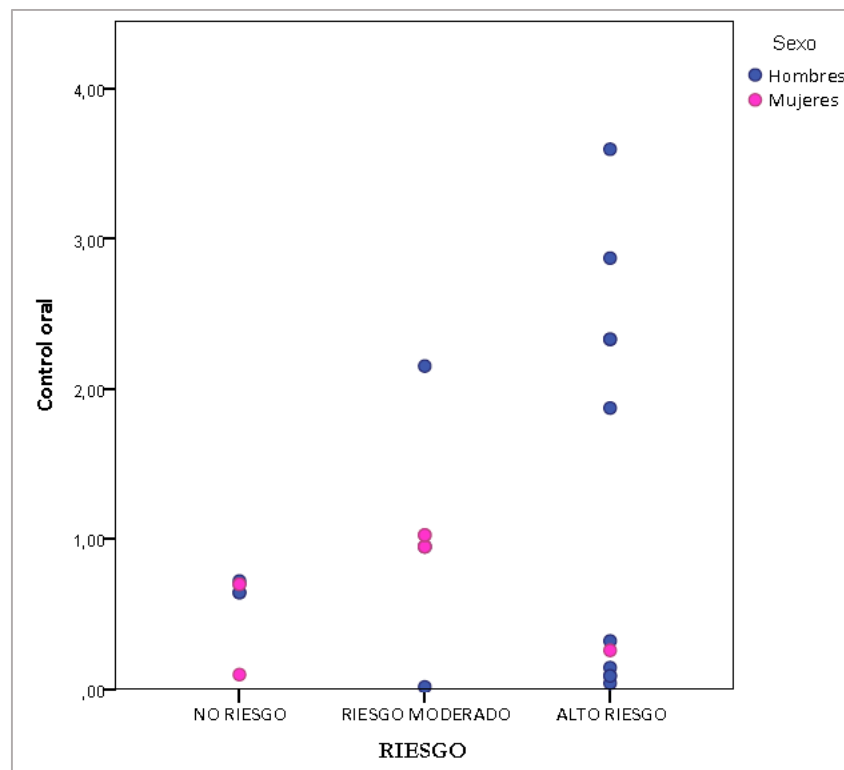


Fuente: Cuestionario CBCAR realizado a deportistas fisicoculturistas de la FEFICULP, 2016

Elaborado por: Ibeth López Aguirre

No se encontró mayor diferencia, en cuanto a la preocupación que presentan hombres y mujeres por la dieta, por lo cual se estableció que tanto hombres y mujeres, pueden presentar TCA asociados a este factor.

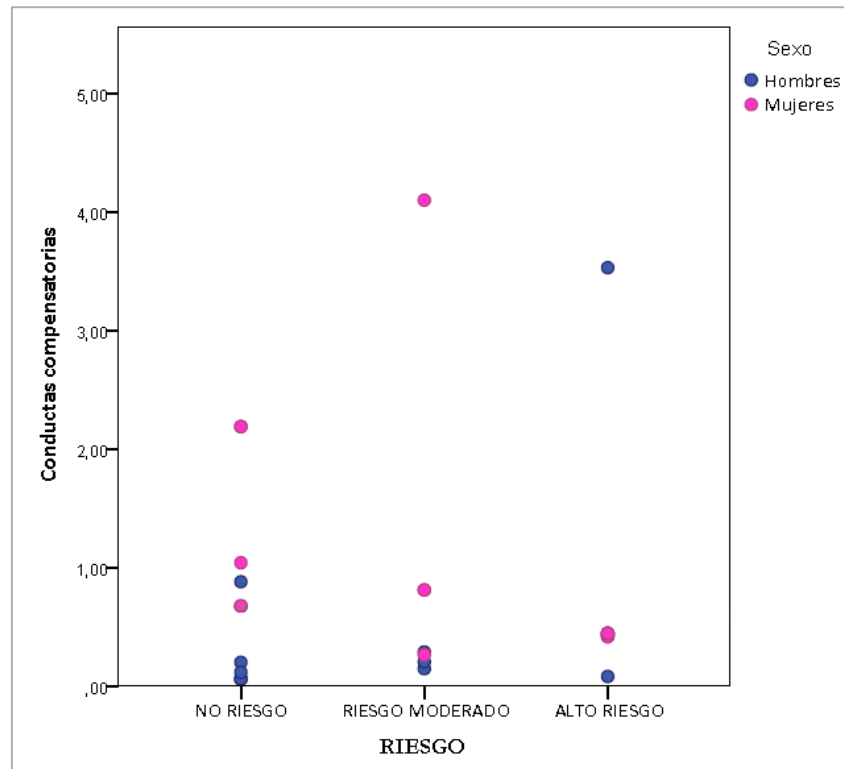
Grafico 8. Análisis de correspondencia de conductas alimentarias de riesgo adquiridas, en relación al nivel de riesgo de desarrollo de TCA y sexo de los fisicoculturistas.



Fuente: Cuestionario CBCAR realizado a deportistas fisicoculturistas de la FEFICULP, 2016
Elaborado por: Ibeth López Aguirre

Se observó que, el control oral presenta un alto riesgo asociado a la aparición de TCA en la población masculina.

Grafico 9. Análisis de correspondencia de conductas alimentarias de riesgo adquiridas, en relación al nivel de riesgo de desarrollo de TCA y sexo de los fisicoculturistas.



Fuente: Cuestionario CBCAR realizado a deportistas fisicoculturistas de la FEFICULP, 2016
Elaborado por: Ibeth López Aguirre

La asociación de las conductas compensatorias, con el riesgo de presentar TCA se comprobó que es mayor en las deportistas de sexo femenino.

3.2. Discusión

Es indudable que en la actualidad el culto al cuerpo ha ido en aumento, esto tiene efectos positivos y negativos en la sociedad. Los efectos positivos se ven reflejados en que la población demuestra mayor preocupación por la salud, lo cual ha llevado al incremento de la práctica de ejercicio físico combinado con una buena alimentación. Por otro lado se evidencian efectos negativos, ya que algunas personas han pasado de interpretar al ejercicio y la alimentación saludable como una experiencia agradable, a una obsesión por conseguir una figura que la sociedad ha instituido como ideal, ocasionando conductas patológicas en la alimentación.

Este estudio se ha enfocado en, observar si los fisicoculturistas presentan conductas alimentarias de riesgo, que se asocien en un futuro al desarrollo de TCA.

Los sujetos evaluados fueron 70 deportistas de edades comprendidas entre 18 a 40 años, que practican fisicoculturismo y pertenecen a la Federación Ecuatoriana del Fisicoculturismo y Levantamiento de Potencia.

En los resultados se puede observar que, del 39 al 59 % de los deportistas que participaron en el estudio, presentan un alto índice de riesgo asociado a un diagnóstico clínico de TCA; lo cual se podría considerar como una asociación que sirva para complementar lo referido. En base a los resultados obtenidos, se puede catalogar al fisicoculturismo como un deporte de riesgo, debido a que al momento de competir los parámetros que se evalúan son: la densidad, tamaño y definición de los participantes, lo cual motiva a los deportistas a llevar a cabo una serie de comportamientos que no resultan muy favorables para la salud, por ejemplo: dietas no equilibradas, períodos exagerados de ejercicio físico (entrenamiento con pesas) e incluso en muchas ocasiones el uso de ayudas ergogénicas (sustancias psicoactivas consentidas y prohibidas)(Castro-López et al., 2014).

De la misma manera (Ayensa, Diaz, Ortiz, & Andujo, 2011), en su estudio dirigido a analizar si existen diferencias de hábitos alimentarios y ejercicio, entre usuarios de gimnasio y no usuarios; se concluye que los culturistas y usuarios regulares de gimnasio, realizan actividad física con fines estéticos, mas no de salud; por consiguiente, en los deportistas practicantes de esta disciplina se presentan con mayor prevalencia conductas alimentarias y de ejercicio no saludables y poco ortodoxas.

La mayoría de participantes que evidencian tener alto y moderado riesgo de desarrollar un TCA; o incluso cuyos resultados ya podrían complementar un posible diagnóstico de TCA, son de edades comprendidas entre los 18 a 25 años y 36 a 40 años, con ello se determina que los deportistas que pertenecen a las categorías de menor y mayor edad, son los más vulnerables a practicar CAR asociadas a los TCA. Este resultado es similar al estudio realizado por (Peña Salgado, López de Arco, & Liévano Fiesco, 2014) en estudiantes universitarios que asisten a un centro de formación deportiva; en donde se menciona que los estudiantes con mayor riesgo de desarrollar TCA, están atravesando a la etapa de la adultez temprana, quiere decir que sus edades oscilan entre los 18 a 20 años; con ello manifiesta que en futuras investigaciones es importante tener en cuenta la transición de esta etapa.

En un estudio realizado por (Márquez, 2008), referente a “trastornos alimentarios en el deporte, factores de riesgo, consecuencias, prevención y tratamiento”; se menciona que aquellas personas de sexo femenino tienen un factor de riesgo asociado con los TCA. Esta conclusión, la autora corrobora con diferentes estudios realizados en atletas de elite australianas, francesas y españolas, quienes requieren un cuerpo delgado para poder practicar esta disciplina; cuyos resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario EAT 40, presentaron la incidencia de TCA del 31, 19 y 23% respectivamente.

Los resultados encontrados en la actual investigación, no coinciden con los de la autora antes mencionada; porque se observa que los hombres tienden a presentar comportamientos y

conductas alimentarias con un nivel de riesgo mucho mayor que el de mujeres, lo cual se asocia a que estos criterios generen mayor vulnerabilidad, para que este género desarrolle un posible TCA, que junto con el complemento de un criterio clínico, pueda ser diagnosticado. Se observa esta discrepancia, y puede relacionarse a que la disciplina que practicaban las deportistas, de los estudios mencionados por (Márquez, 2008), es diferente a la de esta investigación, ya que el nivel de exigencia es mucho mayor, debido a que es primordial mantener un cuerpo esbelto y delgado para ejercer esa práctica.

En cambio (Viant, Cecilia, Fonseca, Ileana, & Clavel, 1999), establecen que los TCA se presentan más en el sexo femenino, que en el masculino (relación 1:10 a 1:20), ocurre generalmente en ocupaciones como el modelaje y ballet, porque el peso requiere de un control estricto; pese a esto, se ha logrado observar que en disciplinas como: lucha, judo, jugadores de jockey y en homosexuales, la preocupación por el peso es evidentemente más alta en los hombres. En este caso el resultado que se encontró es semejante, puesto que los hombres ostentan una alta posibilidad de presentar TCA, que si se evalúa junto a otros criterios existe la posibilidad de ser diagnosticado.

Debido a que el número de participantes de ambos sexos no fue ecuánime, se procedió a utilizar el indicador estadístico Chi Cuadrado y máxima verosimilitud, para evitar sesgos en los resultados; y también realizar una prueba de independencia; el resultado fue de 0,19 en el cuestionario CBCAR y de 0,61 en el cuestionario EAT 40; lo cual en primer lugar significa que se descarta la hipótesis nula, y en segundo lugar, se determina que el riesgo es una variable dependiente del sexo.

Cabe mencionar que (Compte, 2015), en su trabajo de investigación “Prevalencia del trastorno dismórfico corporal y alteraciones de la conducta alimentarias en estudiantes universitarios varones de Ciudad de Buenos Aires” recalca que, pese a que los trastornos de la conducta alimentaria se relacionan frecuentemente como una patología femenina, que

puede deberse a que los TCA en hombres no pueden ser identificados adecuadamente, debido a que los criterios de los diagnósticos no son relevantes para ambos sexos. Se establece que los TCA en ambos sexos, se relacionan con la insatisfacción corporal; pero a diferencia de las mujeres quienes mantienen una obsesión por la delgadez, los hombres tienen influencias sociales que inducen al aumento del tamaño físico y desarrollo muscular. Por lo tanto, algunos de los instrumentos que permiten el diagnóstico de TCA, pueden resultar discriminantes del sexo de los participantes (Compte, 2015).

Pese a que el propósito del fisicoculturismo es ganar masa muscular, y no perder peso o mantener una figura delgada; la obsesión por la imagen corporal y el patrón de alimentación, es similar a la de los pacientes con anorexia (Gómez - Peresmitré, 2013). En los resultados se observa claramente que, mientras en las mujeres prevalecen las conductas compensatorias; en los fisicoculturistas hombres las conductas alimentarias de riesgo que se presentan con mayor frecuencia son: conductas purgativas y de control oral; algo similar se encontró en el estudio realizado por (Goldfield, 1999), en donde se menciona que estas prácticas, se relacionan estrechamente con los fisicoculturistas que buscan delgadez y obtener un cuerpo mesomorfo.

Las conductas alimentarias de riesgo que se encontraron en los participantes de esta investigación, son similares a los resultados obtenidos de un estudio realizado por (De Palma, Koszewski, De Palma, & Oliaro, 1993); en el cual se analizó a 131 jugadores de fútbol americano, en donde se evidenció que: el 74% realizaba dietas estrictas, el 17% practicaba conductas compensatorias; el 66% control oral, finalmente el 38% de participantes practicaba algún tipo de conductas purgativas (Gómez - Peresmitré, 2013).

Por otra parte, mientras se presentan con mayor frecuencia y en mayor cantidad las conductas alimentarias alteradas, el riesgo que tiene la persona aumenta. Por lo tanto, los resultados obtenidos en este estudio podrían servir como un criterio de evaluación, que analizado junto a otros factores, instrumentos y criterios clínicos, existe la posibilidad de

diagnosticar TCA a futuro. O de lo contrario serviría de base para establecer estrategias preventivas, ya q como menciona (Gayou & Ribeiro Toral, 2011), el análisis de las CAR son el punto intermedio en la presencia de TCA.

4. Conclusiones

- Se concluye que, los fisicoculturistas manifiestan una alta vulnerabilidad, en cuanto al incremento de alteraciones de conducta y comportamiento alimentario, el cual puede asociarse con el desarrollo de TCA.
- El grupo de deportistas que presenta mayor vulnerabilidad para un posible desarrollo de TCA, es de edades comprendidas entre 18 a 25 años y también de 36 a 40 años; dentro del primer grupo, la causa probable de que se presenten conductas alimentarias de riesgo asociadas a TCA, sean los cambios corporales y psicológicos, que se dan durante la transición de adolescentes a adultos.
- Las conductas alimentarias de riesgo que se practican con mayor frecuencia en los hombres fisicoculturistas son: conductas purgativas y de control oral
- Pese a que se demostró que, las mujeres deportistas presentan en menor cantidad conductas de riesgo alimentario, en relación a los hombres; se observó claramente que las conductas compensatorias fueron una excepción, ya que en las mujeres presentó este comportamiento con mayor prevalencia.
- Se concluye que la hipótesis planteada no es verdadera, esto se puede comprobar mediante la observación de los resultados, en donde se demuestra que los hombres son más propensos a padecer TCA.
- Se confirma también que el sexo, las conductas alimentarias de riesgo y los trastornos de conducta alimentaria son variables dependientes en este estudio, puesto que se puede observar claramente que la prevalencia de CAR y TCA, se relaciona directamente al sexo de los participantes.

5. Recomendaciones

- Se exhorta a que las autoridades correspondientes, exijan que estos centros deportivos dedicados a formar o perfeccionar fisicoculturistas, dispongan a tiempo completo o parcial profesionales capacitados para su correcta y adecuada formación. En este caso lo óptimo sería que cada centro de preparación, cuente con un profesional nutricionista especializado, que brinde una asesoría nutricional en base a las necesidades de cada deportista.
- Para futuras investigaciones en deportistas practicantes de esta disciplina, se sugiere analizar otros factores demográficos relevantes para conocer la naturaleza y origen de estos trastornos (situación económica del deportista, antecedentes familiares, horas dedicadas al ejercicio, edad en la que inicio en este deporte, entre otros). También sería ventajoso el uso o modificación de los cuestionarios que permiten diagnosticar TCA y CAR, con el fin de lograr resultados más precisos.
- Se recomienda que la preparación de estos deportistas, esté a cargo de un grupo multidisciplinario; que contribuya a reducir el impacto que generan este tipo de prácticas inadecuadas
- Sería aconsejable realizar un estudio longitudinal en este grupo de participantes, con el fin de observar la evolución de la prevalencia de CAR y TCA.
- Es recomendable que se brinde educación continua tanto a los entrenadores como a los deportistas, acerca de los hábitos alimentarios y de ejercicio que deban llevar para mejorar su rendimiento y alcanzar sus objetivos, sin la necesidad de acudir a prácticas alimentarias que contribuyan al daño de su salud a corto y largo plazo.

6. Bibliografía

- Alonso Alfonseca, J. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y deporte. *Trastornos de La Conducta Alimentaria*, 4(4), 368–385. <http://doi.org/10.1016/j.endonu.2015.06.005>
- Arbinaga Ibarzabal, F., & Caracuel, J. C. (2015). Aproximación a la Dismorfia Muscular. *Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatría de Enlace*, (65), 7–15. Retrieved from <http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/Cuad N? 65-Trabajo1.pdf>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2005). Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastoronos Mentales. *Masson S. A. Barcelona*, 1, 1–13. Retrieved from 10.5Ctatedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-dsm-iv.pdf
- Ayensa, J. I. B., Diaz, A. G., Ortiz, C. R., & Andujo, P. S. (2011). Imagen corporal, hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios no usuarios. *Revista de Psicología Del Deporte*, 20(2), 353–366. Retrieved from <http://www.rpd-online.com/article/view/783/774>
- Castro-López, R., Molero, D., Cachón-Zagalaz, J., & Zagalaz-Sánchez, M. L. (2014). Factores de la personalidad y fisicoculturismo: Indicadores asociados a la vigorexia. *Revista de Psicología Del Deporte*, 23(2), 295–300. Retrieved from http://www.rpd-online.com/article/view/v23-n2-castro-lopez-molero-et al/pdf_es
- Castro López, R., Cachón Zagalaz, J., Molero López - Barajas, D., & Zagalas Sánchez, M. L. (2013). Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios Mexican Journal of Eating Disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 31–36. Retrieved from <http://journals.iztacala.unam.mx>
- Chacón Quintero, G., Angelucci - Bastidas, L., & Quintero - Arjona, G. (2016).

- Autoconcepto físico y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios, 108–116. Retrieved from <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/257/242>
- Choi, P. Y. L., Pope, H. G., & Olivardia, R. (2016). Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 36(5), 375–376; discussion 377. <http://doi.org/10.1136/bjsm.36.5.375>
- Cleveland Clinic. (2006). El Trastorno por Atracón. Retrieved from <http://www.clevelandclinic.org/health/shic/doc/s12249.pdf>
- Compte, E. J. (2009). *Vigorexia. Aproximaciones teorico clinicas. Las tesinas de Belgrano*. Retrieved from http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/358_Compte.pdf
- Compte, E. J. (2015). *Prevalencia del trastorno dismórfico muscular y alteraciones de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios varones de Ciudad de Buenos Aires*. Retrieved from https://repositorio.uam.es/xmlui/bitstream/handle/10486/670888/compte_emilio_juan.pdf?sequence=1
- De Palma, M. T., Koszewski, W. M., De Palma, B. F., & Oliaro, S. M. (1993). *Weight_control_practices_of_lightweight_football.8.pdf*. NY. Retrieved from <http://journals.lww.com/acsm-msse/pages/articleviewer.aspx?year=1993&issue=06000&article=00008&type=abstract>
- Díaz, J. D., & Ceballos, I. D. (2012). *Trastornos de Alimentación en Deportistas de alto rendimiento. Libro online*. Retrieved from <http://apdcantabria.files.wordpress.com/2013/02/libro-isa.pdf>
- Gayou, U. E., & Ribeiro Toral, R. (2011). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*

- Mexican Journal of Eating Disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 53–61. Retrieved from <http://journals.iztacala.unam.mx>
- Gómez - Peresmitré, G. (2013). *Imagen corporal y orientación sexual. Deseo de un modelo corporal masculino ideal*. Mexico, D. F.: FENIX. Retrieved from [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Imagen_corporal_y_orientacion_sexual_Gilda_Gomez_Peresmitre_\(autora_y_compiladora\)_version_web_Fac._Psicologia_UNAM.pdf#page=105](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Imagen_corporal_y_orientacion_sexual_Gilda_Gomez_Peresmitre_(autora_y_compiladora)_version_web_Fac._Psicologia_UNAM.pdf#page=105)
- Gt, W. (2011). Trastornos de la Alimentación. *Instituto Nacional de La Salud Mental*, 1–17.
- Guzmán Romero, H. A. (2011). *Conductas Alimentarias De Riesgo En Estudiantes De De La Universidad Veracruzana. Facultad de Nutrición Campus Veracruz*. Retrieved from <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29565/1/GuzmanRomero.pdf>
- Herrera Araujo, J. R., Rascon Ramirez, F. J., & Sotello Avilés, D. A. (2010). *Prevalencia y otros índices epidemiológicos de trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes*. Retrieved from <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/753/1/0000736-ADTESHP.pdf>
- Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez Garibay, E. M., & Celis, A. J. (2008). Definición Conceptual De Las Alteraciones De La Conducta Alimentaria. *Rev Salud Pública Nutr.*, 9(1). Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2008/spn081i.pdf>
- Jerez F, T., Lagos H, R., Valdés-Badilla, P., Pacheco P, E., & Pérez C, C. (2015). Prevalencia de conducta ortoréxica en estudiantes de educación media de Temuco. *Rev Chil Nutr*, 42(1), 41–44. <http://doi.org/10.4067/S0717-75182015000100005>
- Joubert, H. E., & Melliush, S. (2014). Considering anabolic androgenic steroid use in relation

to non-substance related diagnostic categories with special emphasis on eating disorders: a systematic review. *Journal of Substance Use*, 9891(March).

<http://doi.org/10.3109/14659891.2014.977974>

Marcuello, A. C., & Elostegui, M. (n.d.). *sexo.pdf*. Retrieved from

http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_158-180.pdf

Márquez, S. (2008). Trastornos alimentarios en el deporte: Factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutricion Hospitalaria*, 23(3), 183–190.

Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n3/revision1.pdf>

Martínez Sanz, J. M., Urdampilleta, A., Micó, L., & Soriano, J. M. (2012). Aspectos

psicológicos y sociológicos en la alimentación de los deportistas. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 12(2), 39–48. [http://doi.org/10.4321/S1578-](http://doi.org/10.4321/S1578-84232012000200005)

[84232012000200005](http://doi.org/10.4321/S1578-84232012000200005)

Monterrosa-Castro, Á., & Boneu-Yépez Deiby, J. (2012). Trastornos del comportamiento

alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista Ciencias*

Biomédicas, 3, 99–111. Retrieved from [http://revista.spotmediav.com/pdf/3-](http://revista.spotmediav.com/pdf/3-1/15TRASTORNOSCOMPORTAMIENTOALIMENTARIO.pdf)

[1/15TRASTORNOSCOMPORTAMIENTOALIMENTARIO.pdf](http://revista.spotmediav.com/pdf/3-1/15TRASTORNOSCOMPORTAMIENTOALIMENTARIO.pdf)

Muñoz Sánchez, R., & Martínez Moreno, A. (2007). Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos

trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de La Conducta Alimentaria*, 5(5),

457–482. [http://doi.org/10.1016/S0211-3449\(07\)74692-1](http://doi.org/10.1016/S0211-3449(07)74692-1)

Muzquin, M. (2011). Guía de trastornos alimenticios. *Secretaria de Salud Mexico*, 1–28.

Retrieved from <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>

Peña Salgado, N. D. P., López de Arco, S. P., & Liévano Fiesco, M. C. (2014). Conductas

alimentarias asociadas a TCA en estudiantes universitarios que asisten a un centro de

- formación deportiva. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia Y Tecnología*, 7(2), 29–38. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5151659.pdf>
- Salinas, J., & Gómez, G. (2009). Modelos estructurales. Deporte de alto rendimiento y conductas alimentarias de alto riesgo. *Revista Psicología Y Salud*, 19(2), 271–280. Retrieved from <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Jose-Salinas-Polanco.pdf>
- Saucedo-Molina, T., & Unikel Santoncini, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Disord. Salud Ment*, 33(1), 1. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-3325201000010000
- Staudt, M. A., Rojo Arbelo, N. M. del M., & Ojeda, G. A. (2006). Trastornos De La Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa. Revisión Bibliográfica. *Revista de Posgrado de La VI Cátedra de Medicina*, (156), 24–30. [http://doi.org/10.1016/S0211-3449\(07\)74692-1](http://doi.org/10.1016/S0211-3449(07)74692-1)
- Torstveit, M. K., & Sundgot Borgen, J. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20(3), 112–121. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01190.x>
- Velazquez Canales, E., & Canales García, M. J. (n.d.). *Ortorexia Trastornos de la conducta*

alimentaria. Retrieved from <http://www.vnutritionconsulting.com/files/Ortorexia.pdf>

Viant, F., Cecilia, Fonseca, J., Ileana, & Clavel, C. (1999). Artículos originales. *Medisan*, 3(3), 5–11. Retrieved from <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-26/2/Artículos Originales TRASTORNOS DE LA CONDUCTA.pdf>

Confederación Sudamericana de Físico Culturismo y Fitness, 2014. Modalidades de fisicoculturismo. Recuperado de: <http://www.csff-ifbb.com/empresa.php?Id=3>

Unikel, C; Bojórquez, I; Carreño, S; (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46() 509-515. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10646603>

7. Anexos

Anexo 1 Consentimiento Informado

Hola.

Mi nombre es Ibeth López y pertenezco a la Carrera de Nutrición Humana, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Me encuentro levantando información a los deportistas fisicoculturistas que pertenecen a la Federación Ecuatoriana de Fisicoculturismo, con el propósito de conocer si existen conductas de riesgo en su alimentación, que puedan desarrollarse en trastornos de la conducta alimentaria.

Se recuerda que su participación es voluntaria, por lo tanto usted puede optar por no contestar la siguiente encuesta. Sin embargo, estaré muy agradecida de contar con su colaboración; La información recolectada será de mucha utilidad para concluir con mi investigación y posteriormente obtener mi título de licenciada en Nutrición Humana. Se mantendrá completa confidencialidad.

Esta de acuerdo con ser entrevistado/a: Si No

Firma del entrevistado:

Fecha:

Nombre:

Edad:

Sexo: F M

Categoría en la que compite:

Cuántas horas al día realiza ejercicio.....

Cuántos días a la semana realiza ejercicio.....

Anexo 2 Cuestionario EAT 40

	Nunca (N)	Casi Nunca (CN)	Algunas Veces (AV)	Muchas veces (MV)	Casi Siem pre (CS)	Siem pre (S)
1. Me gusta comer con otras personas	N	CN	AV	MV	CS	S
2. Preparo comida para los demás, pero yo no me las como.	N	CN	AV	MV	CS	S
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas	N	CN	AV	MV	CS	S
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.	N	CN	AV	MV	CS	S
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.	N	CN	AV	MV	CS	S
6. Me preocupa mucho por la comida.	N	CN	AV	MV	CS	S
7. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	N	CN	AV	MV	CS	S
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.	N	CN	AV	MV	CS	S
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	N	CN	AV	MV	CS	S
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.).	N	CN	AV	MV	CS	S
11. Me siento lleno/a después de las comidas.	N	CN	AV	MV	CS	S
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	N	CN	AV	MV	CS	S
13. Vomito después de haber comido.	N	CN	AV	MV	CS	S
14. Me siento muy culpable después de comer.	N	CN	AV	MV	CS	S
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.	N	CN	AV	MV	CS	S
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	N	CN	AV	MV	CS	S
17. Me peso varias veces al día.	N	CN	AV	MV	CS	S
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.	N	CN	AV	MV	CS	S

18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.	N	CN	AV	MV	CS	S
19. Disfruto comiendo carne.	N	CN	AV	MV	CS	S
20. Me levanto pronto por las mañanas.	N	CN	AV	MV	CS	S
21. Cada día como los mismos alimentos.	N	CN	AV	MV	CS	S
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	N	CN	AV	MV	CS	S
23. Tengo la menstruación regular. (contesta solo si eres mujer)	N	CN	AV	MV	CS	S
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.	N	CN	AV	MV	CS	S
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	N	CN	AV	MV	CS	S
26. Tardo en comer más que las otras personas.	N	CN	AV	MV	CS	S
27. Disfruto comiendo en restaurantes.	N	CN	AV	MV	CS	S
28. Tomo laxantes (purgantes).	N	CN	AV	MV	CS	S
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.	N	CN	AV	MV	CS	S
30. Como alimentos de régimen.	N	CN	AV	MV	CS	S
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.	N	CN	AV	MV	CS	S
32. Me controlo en las comidas.	N	CN	AV	MV	CS	S
33. Noto que los demás me presionan para que coma.	N	CN	AV	MV	CS	S
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	N	CN	AV	MV	CS	S
35. Tengo estreñimiento.	N	CN	AV	MV	CS	S
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.	N	CN	AV	MV	CS	S
37. Me comprometo a hacer régimen.	N	CN	AV	MV	CS	S
38. Me gusta sentir el estómago vacío.	N	CN	AV	MV	CS	S
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	N	CN	AV	MV	CS	S
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	N	CN	AV	MV	CS	S

(Herrera Araujo et al., 2010)

Anexo 3 Codificación del cuestionario EAT 40

	Nunca (N)	Casi Nunca (CN)	Algunas Veces (AV)	Muchas veces (MV)	Casi Siem pre (CS)	Siem pre (S)
1. Me gusta comer con otras personas	3	2	1	0	0	0
2. Preparo comida para los demás, pero yo no me las como.	0	0	0	1	2	3
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas	0	0	0	1	2	3
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.	0	0	0	1	2	3
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.	0	0	0	1	2	3
6. Me preocupa mucho por la comida.	0	0	0	1	2	3
7. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	0	0	0	1	2	3
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.	0	0	0	1	2	3
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	0	0	0	1	2	3
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.).	0	0	0	1	2	3
11. Me siento lleno/a después de las comidas.	0	0	0	1	2	3
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	0	0	0	1	2	3
13. Vomito después de haber comido.	0	0	0	1	2	3
14. Me siento muy culpable después de comer.	0	0	0	1	2	3
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.	0	0	0	1	2	3
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	0	0	0	1	2	3
17. Me peso varias veces al día.	0	0	0	1	2	3
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.	3	2	1	0	0	0
19. Disfruto comiendo carne.	3	2	1	0	0	0

20. Me levanto pronto por las mañanas.	0	0	0	1	2	3
21. Cada día como los mismos alimentos.	0	0	0	1	2	3
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	0	0	0	1	2	3
23. Tengo la menstruación regular. (contesta solo si eres mujer)	3	2	1	0	0	0
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.	0	0	0	1	2	3
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	0	0	0	1	2	3
26. Tardo en comer más que las otras personas.	0	0	0	1	2	3
27. Disfruto comiendo en restaurantes.	3	2	1	0	0	0
28. Tomo laxantes (purgantes).	0	0	0	1	2	3
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.	0	0	0	1	2	3
30. Como alimentos de régimen.	0	0	0	1	2	3
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.	0	0	0	1	2	3
32. Me controlo en las comidas.	0	0	0	1	2	3
33. Noto que los demás me presionan para que coma.	0	0	0	1	2	3
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	0	0	0	1	2	3
35. Tengo estreñimiento.	0	0	0	1	2	3
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.	0	0	0	1	2	3
37. Me comprometo a hacer régimen.	0	0	0	1	2	3
38. Me gusta sentir el estómago vacío.	0	0	0	1	2	3
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	3	2	1	0	0	0
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	0	0	0	1	2	3

(Herrera Araujo et al., 2010)

Anexo 4 Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo (CBCAR)

En los últimos tres meses (marca una opción para cada inciso)

	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia Dos veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de dos veces en una semana
1 Me ha preocupado engordar				
2 En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3 He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4 He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5 He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso				
6 He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7 He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8 He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es) _____				
9 He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es) _____				
10 He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es) _____				

Unikel, C; Bojórquez, I; Carreño, S; (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46() 509-515. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10646603>